

Valores y preferencias de los pacientes: asignatura pendiente

Sr. Director: La reciente revisión de García-Lizana et al¹ sobre la anticoagulación es un ejemplo de una revisión exhaustiva de un tema desde el punto de vista de la eficacia de una intervención. No obstante, la pregunta a la que quieren contestar se refiere a cuándo indicar la anticoagulación y señalan, acertadamente, que también es necesario tener en cuenta las preferencias del paciente y valorar cada situación individual, sopesando la relación riesgo-beneficio.

En los últimos años, los valores y preferencias de los pacientes se mencionan cada vez más como un ingrediente básico en la toma de decisiones². No obstante, en raras ocasiones pasa de ser una declaración de intenciones o la coletilla final de un estudio o informe. La literatura específica sobre los valores y preferencias de los pacientes, en el caso de algunas afecciones, aunque insuficiente, empieza a ser destacable³. El caso de la anticoagulación es un buen ejemplo. Frecuentemente se asume que nuestras preferencias coinciden con las de nuestros pacientes. La información que se va conociendo sobre la toma de decisiones apunta a que, a menudo, los profesionales sanitarios tenemos valores lo suficientemente distintos de los de los pacientes como para tomar decisiones muy diferentes de las que éstos tomarían, una vez informados de manera adecuada. Estudios al respecto, y en concreto sobre la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular (FA), corroboran este hecho. En un original estudio en pacientes con FA y un riesgo elevado de ictus, los participantes dieron mucha más importancia que los médicos a evitar un ictus que a evitar un sangrado asociado con un tratamiento anticoagulante⁴. Los pacientes requirieron una reducción menor del riesgo de ictus para decidirse por la anticoagulación, y se mostraron más tolerantes que los médicos con un potencial aumento del riesgo de sangrado. Asimismo, los médicos mostraron una alta

variabilidad en el riesgo de sangrado que estaban dispuestos a aceptar para una determinada reducción del riesgo de ictus. Un reciente estudio cualitativo muestra las diferentes percepciones que tienen los médicos de la información sobre la anticoagulación, la cual se encuentra enormemente influida por la experiencia, las actitudes y un conocimiento variable de la bibliografía⁵.

La mayoría de las guías de práctica clínica (GPC) y de sus lectores, ante la escasa bibliografía disponible, asumen que los autores representan adecuadamente los intereses de los pacientes cuando elaboran recomendaciones⁶. Algunas instituciones están intentando incorporar a los pacientes en la elaboración de sus GPC, pero en general el panorama es bastante desalentador. Una excepción destacable es la Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN), organismo que elabora GPC y que incluye desde hace años a pacientes en los grupos de trabajo de sus GPC, siendo pioneros en este campo (<http://www.sign.ac.uk/patients/index.html>).

Otro ejemplo reseñable son las recientemente actualizadas recomendaciones de la ACCP (American College of Chest Physicians) para el tratamiento antitrombótico y trombolítico⁷. Es un buen momento para compararlas con las que se mencionan en la revisión que nos ocupa¹. En la actualidad, desde este grupo se han comenzado a elaborar recomendaciones basadas en la evidencia y se ha dado el paso para convertirlas en una GPC, intentando por primera vez incorporar explícitamente aspectos sobre los valores y preferencias de los profesionales y los pacientes. No obstante, su grupo de trabajo no es multidisciplinario y todavía no se incluye a pacientes en la elaboración. Por ejemplo, para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular crónica o intermitente (< 65 años) sin otros factores de riesgo comentan: «Los individuos de bajo riesgo pueden escoger racionalmente la anticoagulación para obtener una mayor protección contra un ictus isquémico si valoran más esta protección que la disminución del riesgo de hemorragia y las molestias del manejo de la anticoagulación»⁸.

Por tanto, sería deseable que las revisiones, por ejemplo, de esta serie de ATENCIÓN

PRIMARIA y las GPC también incluyeran gradualmente una evaluación de la información disponible sobre este aspecto de la toma de decisiones. Las preguntas sin responder sobre este tema son muchas, pero el hecho de poder conocer e integrar esta información en la práctica clínica debe ser un reto ineludible.

**P. Alonso-Coello, I. Solà
y J.M. García**

Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau.
Centro Cochrane Iberoamericano.
Barcelona. España.

1. García-Lizana F, Sarria-Santamera A, Gol-Freixa J. Anticoagulants for patients with chronic atrial fibrillation: when are they indicated? *Aten Primaria*. 2004;34:374-8.
2. Guyatt G, Cook D, Haynes B. Evidence based medicine has come a long way. *BMJ*. 2004;329:990-1.
3. Greenhalgh T, Kostopoulou O, Harries C. Making decisions about benefits and harms of medicines. *BMJ*. 2004;329:47-50.
4. Devereaux PJ, Anderson DR, Gardner MJ, Putnam W, Flowerdew GJ, Brownell BF, et al. Differences between perspectives of physicians and patients on anticoagulation in patients with atrial fibrillation: observational study. *BMJ*. 2001;323:1218-22.
5. Lipman T, Murtagh MJ, Thomson R. How research-conscious GPs make decisions about anticoagulation in patients with atrial fibrillation: a qualitative study. *Fam Pract*. 2004;21:290-8.
6. Hirsh J, Guyatt G, Albers GW, Schunemann HJ. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy: evidence-based guidelines. *Chest*. 2004;126 3 Suppl: S172-3.
7. Schunemann HJ, Munger H, Brower S, O'Donnell M, Crowther M, Cook D, et al. Methodology for guideline development for the Seventh American College of Chest Physicians Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*. 2004;126 Suppl:S174-8.
8. Singer DE, Albers GW, Dalen JE, Go AS, Halperin JL, Manning WJ. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*. 2004;126 3 Suppl:S429-56.

Palabras clave: Anticoagulación oral. Toma de decisiones. Guías de práctica clínica.